

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

POUR

N° 210

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert ETIENNE

Moniteur à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Paris

Symptômes oculaires et orbitaires

DANS

LES SINUSITES SPHÉNOIDALES

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

210

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert ETIENNE

Moniteur à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de Paris

Symptômes oculaires et orbitaires

DANS

LES SINUSITES SPHÉNOIDALES



Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GULLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU SOUVENIR DE MON PÈRE

A MA MÈRE

R. Etienne

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. DÉVÉ (de Rouen)

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES AUTRES MAITRES EN OPHTALMOLOGIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TERRIEN
Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX
Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

A MESSIEURS LES DOCTEURS CERISE ET COUTELA
Ophtalmologistes des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS PLEY, CHENET,
PRÉLAT, VELTER
Chefs de Clinique

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

ON THE 11th OF JULY 1871

A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

THE 11th OF JULY 1871

SYMPTOMES OCULAIRES ET ORBITAIRES

DANS LES SINUSITES SPHÉNOÏDALES

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu plusieurs malades atteints de sinusites ; c'est au sujet de l'un d'eux que notre maître nous a encouragé à rechercher les symptômes oculaires des sinusites sphénoïdales, affections souvent obscures et d'un diagnostic des plus difficiles.

Nous ne saurions prétendre traiter entièrement un sujet aussi vaste et aussi complexe dont le professeur de Lapersonne avait jeté les bases dans sa communication au Congrès d'Utrecht et dans son rapport à la Société française d'ophtalmologie.

Depuis cette époque la thèse de Moreau et d'innombrables observations sont venues enrichir cette question ; nous n'avons retenu que celles qui par leurs particularités cliniques étaient susceptibles d'attirer l'attention et dont le diagnostic avait pu être confirmé.

Nous avons surtout en vue les signes oculaires et orbitaires des sinusites sphénoïdales, c'est-à-dire que

nous n'avons pas l'intention de traiter le sujet au point de vue anatomique et rhinologique.

Les complications des sinusites sphénoïdales se produisent du côté de l'orbite et du côté de l'œil ; ces dernières sont surtout des complications du côté du nerf optique, des nerfs moteurs et sensitifs ; ce sont les seules que nous retiendrons, ne voulant pas mettre sur le compte des sinusites toute la pathologie oculaire.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le professeur de Lapersonne pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous a témoignées pendant le cours de nos études de perfectionnement en ophtalmologie.

Nous ne saurions oublier les D^{rs} Velter et Prélat dont l'amicale bienveillance et les conseils ne nous firent jamais défaut.

CHAPITRE I

NOTIONS D'ANATOMIE

Le sinus sphénoïdal logé dans le corps du sphénoïde dont il reproduit intérieurement la configuration, est la plus profonde des cavités accessoires des fosses nasales, sa situation explique la difficulté du diagnostic de ses lésions.

Tantôt les parois sont très épaisses et le sinus est tout petit, tantôt elles sont minces, le sinus anormalement agrandi se prolonge dans les ailes du sphénoïde et dans l'occipital. Normalement il est divisé en deux par une cloison verticale.

Des rapports des lésions du sphénoïde découle la symptomatologie de ces complications.

La paroi supérieure présente deux étages ; l'antérieure sur laquelle repose le chiasma des nerfs optiques, la postérieure répond à la selle turcique, c'est-à-dire au corps pituitaire sur sa partie médiane.

La paroi supérieure est en rapport en avant avec les dernières cellules ethmoïdales dont elle est séparée par une mince cloison ; on a rarement noté des communications directes avec ces cavités.

Zukerkland a appelé cet ensemble cellule ethmoï-

dosphénoïdale ; les déhiscences et les anomalies fréquentes de cette région sur lesquelles a longuement insisté Onodi, permettent difficilement de séparer au point de vue pathologique l'ethmoïde postérieur du sphénoïde.

La partie antéro-inférieure décrite par Bertemes sous le nom de surface rhinopharyngienne est la paroi chirurgicale. A la partie inférieure ou nasale se trouve l'ostium sphénoïdal qui est situé à la partie supérieure du sinus et qui rend par conséquent l'écoulement du pus difficile. Cet orifice a la forme d'une fente comparée par Sieur et Jacob à un méat urétral.

La paroi externe peut être pour la commodité de la description divisée en deux parties : portion crânienne, portion orbitaire.

Portion crânienne. — Le sphénoïde répond en cet endroit à l'espace compris entre les bords latéraux de la selle turque en haut, en bas à l'insertion des grandes ailes... On observe en allant de haut en bas :

1° Le sinus caverneux logé dans un dédoublement de la dure-mère et qui s'étend du trou déchiré antérieur à la fente sphénoïdale. Son extrémité postérieure continue avec le sinus pétreux et occipital transverse, son extrémité antérieure s'abouche avec les veines ophtalmiques et les vaisseaux venant de la fente sphénomaxillaire, formant ainsi une dérivation entre la circulation intracrânienne et orbito-nasale. Vertical dans sa partie postérieure, hori-

zontal dans sa partie moyenne le sinus caverneux s'incline en avant vers la fente sphénoïdale. Il est traversé par la carotide interne sur le côté externe de laquelle se trouve le moteur oculaire externe.

Dans sa paroi externe cheminent de haut en bas le moteur oculaire commun, le pathétique et l'ophtalmique.

Le sinus caverneux n'est séparé du nerf optique que par la partie interne et échancrée des petites ailes du sphénoïde.

A la partie inférieure chemine dans une gouttière dirigée d'arrière en avant, le maxillaire supérieur pour aboutir dans l'orbite par le trou grand rond, plus en arrière, se trouve le trou ovale contenant le maxillaire inférieur.

Cette description sommaire montre assez l'importance pathologique de cette région, mais la fragilité du squelette de sa paroi externe joue aussi un rôle prépondérant, Zurkerkland ayant signalé de nombreuses déhiscences, Sieur et Jacob de nombreux pertuis vasculaires.

Portion orbitaire. — Le plus souvent, dit Bertemes le sinus sphénoïdal contribue à former en arrière la partie postérieure de l'orbite sur une étendue de 10 millimètres, il est en rapport :

1° Avec le canal optique qui côtoie obliquement la cavité sphénoïdale de dedans en dehors, de haut en bas sur une longueur de 8 à 9 millimètres. Quelquefois les canaux optiques font une saillie dans l'intérieur du sinus sphénoïdal et dans les déhiscences de

la paroi fréquentes surtout chez le vieillard (Zurkerkland, Holmes, Onodi) ; il a été trouvé en contact avec la muqueuse.

Le canal optique peut être en rapport des deux côtés avec les cellules ethmoïdales postérieures, selon que le sphénoïde est plus ou moins développé ses rapports sont plus ou moins étendus avec la partie postéro-interne de l'orbite.

2° La fente sphénoïdale sur les bords de laquelle s'insère le tendon de Zinn immédiatement en dessus du canal optique qui forme avec l'expansion aponévrotique du droit externe l'anneau de Zinn où passent les organes ayant les plus importants rapports avec le sinus sphénoïdal.

Par la partie la plus interne passe généralement le moteur oculaire commun divisé en deux rameaux entre lesquels chemine le moteur oculaire externe. Le nasal et la veine ophtalmique se trouvent en général sur le côté externe du nerf.

On conçoit par ces rapports les conséquences pathologiques que peut avoir dans cette région une infection partie du sinus sphénoïdal.

3° Au-dessous de la fente sphénoïdale, les grands sinus sphénoïdaux peuvent être en rapport avec la paroi postérieure de la fosse otérigomaxillaire que traverse le maxillaire supérieur sortant du trou grand rond. En dedans avec le nerf vidien sur les rapports duquel a longuement insisté V. Sauer... le nerf de Bock dans le conduit ptérigopalatin, le nerf palatin postérieur, dans le canal palatin postérieur.

La paroi externe est excessivement mince, on y constate de petites lacunes surtout chez le vieillard, les déhiscences sont rares, Gallemaerts qui les a recherchées sur plus de 300 crânes ne les a trouvées que deux fois.

Muqueuse du sinus sphénoïdal

La muqueuse du sinus sphénoïdal est un prolongement de la pituitaire, elle est en rapport par de fins pertuis vasculaires avec le sinus caverneux et la fente sphénoïdale. La propagation de l'infection par cette voie est donc extrêmement facile.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMES

La sinusite sphénoïdale peut se rencontrer seule, mais le plus souvent elle est associée à la sinusite ethmoïdale postérieure, quelquefois aussi aux poly-sinusites.

L'infection peut être de causes locale ou générale. Nous les résumerons rapidement.

Causes locales. — L'infection peut être due à la pénétration de corps étrangers dans le sinus (Vilhelm et Jacques de Nancy) ou à des irrigations nasales mal faites, les moindres effractions de la muqueuse étant une cause d'infection.

Le *Coryza* présente à lui seul la cause essentielle de l'infection sinusienne, toutes les cavités nasales participant à l'infection de la pituitaire.

1° L'*Ozène* présente également une cause très fréquente de l'infection sinusienne ; tous les rhinologistes considèrent l'odeur ozéneuse comme symptomatique de lésions sinusiennes.

L'*Amygdalite* est une source d'infection par la voie des veines ptérigoïdiennes.

Le furoncle de la lèvre est une voie d'infection directe par les veines angulaires.

Causes générales. — Toutes les maladies infectieuses peuvent être une cause de sinusite, mais la grippe par la rhinopharinite intense qu'elle détermine est certainement la cause la plus fréquente de sinusite.

Nous pouvons ensuite noter par ordre de fréquence la diphtérie, l'érysipèle, la scarlatine, la pneumonie et la fièvre typhoïde et la syphilis (Morax).

Toutes ses causes sont secondaires ; la rétention du pus comme partout ailleurs dans l'organisme, quelle que soit la manière dont elle se produise, que ce soit l'hypertrophie de la muqueuse, la présence de polypes ou d'une tumeur qui oblitère l'ostium sphénoïdal comme dans un cas de Morax, amène les accidents foudroyants et comme il est facile de le concevoir dans ce cas, la rhinoscopie donne le plus souvent des résultats négatifs.

Les symptômes oculaires constituent donc le plus souvent les premiers signes de l'infection sphénoïdale.

Symptômes

La sinusite sphénoïdale dans les cas aigus est caractérisée par la céphalée tenace siégeant au vertex et dans la région de la nuque. Larmoyez et Moure ont attribué à ce symptôme une grosse valeur clinique. On voit en même temps apparaître des douleurs rétro-oculaires souvent exagérées par la pression et les mouvements du globe.

La température est quelquefois élevée et l'état général grave.

La pituitaire est congestionnée, le cornet moyen également, obstruant ainsi la fente olfactive dont la muqueuse est souvent douloureuse à la pression. On trouve quelquefois du pus dans le nasopharynx, mais ces formes sont en général rares et dans la pratique on a le plus souvent affaire à de vieilles infections réchauffées.

Dans les cas anciens et chroniques c'est encore la céphalée profonde localisée à la nuque qui attire l'attention, il y a souvent des névralgies tenaces dans la sphère du trijumeau ; ces douleurs dues à la rétention du pus dans le sinus sont souvent soulagées par le cathétérisme.

La présence du pus liquide est relativement rare, ce que l'on trouve le plus souvent c'est du pus desséché que le malade expulse le matin sous forme de croûtes. L'haleine est souvent fétide et l'état général mauvais.

Dans les vieux empyèmes l'infection est très atténuée, l'examen rhinoscopique est plus souvent négatif et ce n'est que par des troubles oculaires que se manifeste l'infection.

CHAPITRE III

EXAMEN DU SINUS SPHÉNOÏDAL

L'examen du sinus sphénoïdal peut se faire par la rhinoscopie ou par la radiographie.

Rhinoscopie antérieure. — Le plus souvent l'inspection nasale permet de voir le pus concrété occupant la partie postéro-supérieure de la cavité nasale entre la cloison et la tête du cornet moyen qui est souvent hypertrophiée. Il n'est pas rare après l'avoir enlevé de trouver des polypes qui sont situés le plus souvent dans sa partie supérieure et sont en général peu abondants (Hajesk).

Rhinoscopie postérieure. — Montre une nappe de pus liquide et concrété occupant la voûte pharyngienne, la partie supérieure de la choanne correspondante et la queue du cornet moyen ; cette dernière localisation circonscrit le diagnostic entre la sinusite sphénoïdale et éthmoïdale.

La rhinoscopie postérieure résout quelquefois le diagnostic lorsqu'elle permet de voir le pus s'écouler par un orifice naturel, ce qui est facile dans la rhinite atrophique.

Radiographie. — La radiographie nous apporte

aujourd'hui la confirmation de l'empyème sphénoïdal dans la moitié des cas environ. L'épreuve faite de profil suffit le plus souvent car on est généralement obligé d'ouvrir les deux sinus qui sont rarement infectés séparément.

C'est surtout dans les vieilles infections ayant amené une profonde modification du squelette et de la muqueuse que la radiographie donne les meilleurs résultats.

Le procédé de Spies et Pfeiffer, qui consiste à placer la plaque sous le menton et l'ampoule sur le vertex permet, en diminuant l'épaisseur du massif osseux, d'obtenir des radiographies donnant séparément l'image des deux sinus et d'apprécier comparativement les modifications du squelette et de la muqueuse avant et après l'opération.

Cathétérisme. — Nécessite le plus souvent la résection du cornet moyen ; aussi est-il rarement employé.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS ORBITAIRES INFECTIEUSES

A. — Cellulite orbitaire

La cellulite orbitaire se traduit par une élévation de température, des douleurs orbitaires, le globe de l'œil est rapidement repoussé en avant et immobilisé pendant que se développe un énorme gonflement des paupières et un chémosis rouge très marqué, la vision diminue très rapidement.

L'examen du fond d'œil possible au début montre une hyperhémie papillaire. Dans les cas heureux, le pus se collecte et se fistulise à la partie supérieure ou inférieure de l'orbite.

Le plus souvent lorsqu'on a pu en dépister la cause l'infection gagne rapidement la cavité crânienne et entraîne une terminaison fatale.

OBSERVATION I (Personnelle)

Cellulite orbitaire

M. A..., entre d'urgence à 16 heures présentant un volumineux chémosis O. G. surtout marqué à la partie interne supérieure, l'œil en exophtalmie, les paupières sont écartées par l'œdème con-

jonctival, l'exophtalmie du globe est telle que la cornée recouverte a pris un aspect épidermique, la paupière supérieure est douloureuse, rouge à sa partie externe, un point est ulcéré par lequel s'écoule un peu de pus. D'après les dires d'un témoin — car le malade ne comprend pas le français, — le malade aurait eu un bouton à la paupière supérieure qui aurait évolué seul et se serait ouvert.

Au niveau du bord externe de l'orbite la peau paraît soulevée et donne à la palpation une légère fluctuation; le malade ne se plaint pas d'insomnie, ne semble pas fébrile.

La maladie remonte à une dizaine de jours, le malade l'attribue à un traumatisme reçu à la tempe.

18 mars 1919. — Intervention sous chlorure d'éthyle, incision au niveau du limbe comme pour une opération de cataracte, on ne trouve pas de pus; suture puis tarsorrhaphie médiane; une nouvelle incision à la paupière supérieure ne laisse pas écouler de pus.

20 mars 1919. — Examen rhinologique négatif (Hautant). Température 37°8.

21 mars 1919. — Incision profonde partant du milieu de la paupière supérieure, contournant le canthus externe, sectionnant le quart externe de la paupière inférieure, on tombe sur des tissus sphacelés et on excise des masses lardacées. Drain.

22 mars 1919. — Lavage à l'eau oxygénée.

24 mars 1919. — Radiographie négative. Température 37°4.

30 mars 1919. — Chémosis considérable, œil douloureux, la tarsorrhaphie cède.

Le 1^{er} avril 1919, sous chloroforme exentération ignée, agrandissement de l'incision orbitaire, mise à nu du rebord orbitaire externe qui est dépériosté et érodé, il est largement gratté à la

curette sur les deux faces, on continue quotidiennement le lavages à l'eau oxygénée, le chémosis se réduit un peu, mais les paupières ne peuvent pas arriver en contact.

15 avril, la fièvre est intense, au niveau de la tempe la tuméfaction augmente. T. 37°4.

18 avril, suppuration des bords de la plaie venant de la région frontotemporale. La température se maintient. Température 40 degrés.

20 avril, débridement sous chlorure d'éthyle, incision supéro-externe donne du pus. Lavage à l'eau oxygénée et au permanganate.

23, 24 et 25 avril, injections 10 centimètres cubes électrargol intraveineux.

Pendant ces huit derniers jours, le malade est examiné au point de vue pulmonaire et cardiaque sans que l'on puisse trouver aucun foyer primitif ou métastatique... Urines normales. T. 40°4.

Le malade témoigne toujours d'un excellent appétit, digère bien et n'a aucun signe de réaction méningée, ni raideur de la nuque ni Kernig, ni faiblesse musculaire, réflexes cutanés et tendineux normaux.

Le 26 avril, défervescence, délire, coma, mort le 30 avril.

Autopsie. — Sinusite sphénoïdale, cavité pleine de pus, communiquant par un large pertuis osseux à travers les os, nécrosés avec les cellules ethmoïdales et la pointe du rocher, ostéite de la paroi supérieure et postérieure de la cavité orbitaire envahissant la petite et la grande aile du sphénoïde à sa partie supérieure.

Nécrose osseuse s'étendant jusqu'à la partie postérieure de la fosse temporale, avec périostite suppurée interne et externe,

périostite au niveau de la fente sphénoïdale, au niveau de la région antérieure de la fosse temporale et de l'os malaire.

Gros abcès extradural de toute la partie antérieure de la fosse cérébrale moyenne. Pus épais, jaune verdâtre, occupant la région s'étendant des petites ailes à la région moyenne des grandes ailes d'une part, de l'ethmoïde et du sphénoïde à la partie temporale d'autre part.

Méningite basilaire surtout intense à la partie antérieure, on trouve quelques traînées louches à la convexité.

Chez notre malade, la notion d'un traumatisme, la présence d'une plaie à la paupière supérieure avaient fait croire à une infection locale et l'examen rhinologique n'avait pas attiré l'attention du côté du sinus.

OBSERVATION II (inédite)

(D^r Velter)

Cellulite orbitaire

Sinusite sphénoïdale avec ostéite du sommet de l'orbite

En juillet 1913, coryza intense avec suppuration et fétidité ayant duré quinze à vingt jours.

2 août 1913. — Brusquement maux de tête, cécité œil droit exophtalmie O. D.

Examen, 3 août. — Exophtalmie O. D., cellulite orbitaire, œil immobile, anesthésie cornéenne, névrite optique avec dilatation veineuse intense. V. = 0.

Maux de tête, prostration, pouls 65, température 39°.8

Examen des fosses nasales et des sinus : résultat négatif.

Diagnostic. — Sinusite sphénoïdale avec ostéite du sommet de l'orbite.

Intervention le 3 au soir : anesthésie chloroformique. Orbitotomie supérieure. On trouve au sommet de l'orbite un foyer d'ostéite avec une goutte de pus rougeâtre très fétide. Drainage.

4 août. — Pansement : exophtalmie un peu diminuée, anesthésie cornéenne persiste, la lésion osseuse a progressé, la nécrose gagne le frontal, peu de suppuration, mais fétidité extrême.

5 août. — Pas de changement, état général plus grave, T. 40 degrés. Pouls 65. Pansement.

6 août. — Température 40°5. Pouls 150, torpeur, demi coma, vomissement, aucune amélioration du côté de l'œil.

7 août. — Etat de plus en plus grave, demi coma, raideur de la nuque, vomissements, délire.

Localement, fonte de la cornée, suintement orbitaire séro-purulent très fétide.

L'ostéite nécrosante a gagné tout le frontal orbitaire, le rebord orbitaire et la paroi externe de l'orbite.

Température 41 degrés, pouls incomptable. Mort le 8 à 2 heures du matin.

L'histoire de ce malade est le schéma de la sinusite sphénoïdale depuis le début jusqu'à ses complications finales, cellulite et méningite.

Coryza, perte de la vision, signe de compression, permettant de localiser l'infection au sommet de l'orbite, rien ne manque dans l'enchaînement des symptômes qui permettent d'affirmer le diagnostic bien que l'examen rhinologique fût négatif.

OBSERVATION III

Wissmann, *Arch. f. Oph.*, 1918, p. 275.

Phlegmon de l'orbite

P. R..., 43 ans, toujours en bonne santé, depuis le 9 novembre 1914, œdème de la région oculaire droite avec douleurs intenses augmentant tous les jours.

13 novembre. — Tuméfaction de la paupière supérieure droite et à un degré moindre de la paupière inférieure, protrusion du globe oculaire et déplacement en bas, la mobilité limitée en haut, fort chémosis de la conjonctive bulbaire en partie desséchée, les paupières étant éloignées l'une de l'autre de 5 centimètres, au bord inférieur de la cornée, ulcération ovale en partie desséchée, en dehors et en haut le sillon conjonctival est rempli de pus, fond d'œil inéclairable.

Examen rhinologique. — Trainée purulente dans le méat moyen, sinus frontaux douloureux, température 38°7, ouverture des sinus frontaux, il s'échappe du pus abondant en même temps ouverture des cellules ethmoïdales droites et de la cavité sphénoïdale droite remplies de pus, il s'en écoule par le nez.

3 décembre. — Tuméfaction légère de la paupière supérieure droite, l'exophtalmie diminue, cornée ramollie, effondrée, prolapsus de l'iris.

4 décembre. — Enucléation. Ascension thermique après l'intervention, légère tuméfaction de la paupière droite dans la profondeur, infiltration de la paupière supérieure.

Dans les semaines consécutives évolution vers la guérison.

1915, nouvelles suppurations ethmoïdales, à nouveau traitées.

A. — Thrombophlébite orbitaire

La phlébite orbitaire avec propagation au sinus caverneux provoquée par l'ostéite des parois du sphénoïde, soit par les nombreuses communications vasculaires entre la muqueuse du sphénoïde et le sinus caverneux (obs. de Duplay, Sieur et Jacob) est souvent associée à la thrombose de l'ophtalmique.

L'évolution de la maladie est aussi rapide que fatale.

Dans les commémoratifs on retrouve souvent de violentes céphalalgies, au vertex, des névralgies sous orbitaires, sus orbitaires nasales externes.

Quand la thrombose se produit on observe rapidement des symptômes caractéristiques de l'arrêt de la circulation veineuse en retour : œdème des paupières, exophtalmie, chémosis qui peuvent faire penser au début à la cellulite orbitaire. Aussi entre les deux affections le diagnostic est-il des plus difficiles.

Le chémosis mécanique que l'on observe ici est particulièrement pâle, c'est un chémosis blanc par rapport au chémosis inflammatoire du phlegmon. On constate aussi quelquefois la présence de petits cordons durs et douloureux ; cet ensemble réalise ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de *phlegmatia alba dolens* des veines de l'orbite et qui suffirait à imposer le diagnostic.

Il faut noter également d'autres symptômes dus aux compressions nerveuses, ptosis, strabisme, paralysie

des muscles de l'œil et de la pupille, anesthésie cornéenne. On peut quelquefois constater la thrombose de la veine centrale de la rétine, l'état général est celui des grandes affections, température 39-40°. Pouls rapide, agitation, délire, phénomènes méningés.

Mais c'est surtout l'évolution de la maladie qui fixe le diagnostic en reproduisant l'affection du côté opposé par l'intermédiaire du sinus caverneux et coronaire.

Nous n'avons pas cru devoir retenir toutes les observations de thrombophlébites des sinus.

OBSERVATION IV

Panas 1885.

Thrombo-phlébite des sinus caverneux et des veines ophthalmiques

Malade âgé de quarante-six ans, entre à l'hôpital avec un mauvais état général et un exorbitisme de l'œil droit. Péniblement on obtient du malade les renseignements suivants : il y a quinze jours, il était très bien portant quand il fut pris de mal de gorge avec gonflement de la joue, dysphagie extrême et aussi douleurs d'oreilles très intenses du côté où la joue et la gorge étaient prises. Il eut en même temps des frissons, de l'abattement et une forte fièvre.

Sans traitement, le malade vit diminuer et sa dysphagie et le gonflement de la joue. Les douleurs d'oreilles disparurent. Il reste actuellement à la partie supérieure et interne de l'amygdale

gauche un peu de gonflement avec une ulcération profonde taillée à pic, d'où s'échappe un pus grumeleux très fétide.

Du côté de l'œil droit, on observe un exorbitis moyen tel que les paupières peuvent encore recouvrir la cornée. L'œil fait à peu près saillie de 1 centimètre hors de sa situation normale, le chémosis séreux est très accentué au cul-de-sac conjonctival inférieur.

Le globe semble fixé : il n'existe que peu de mouvements, dont les moins restreints dans le regard, en haut. L'autre œil est synergiquement assez immobile.

La pupille est dilatable par l'atropine, les deux réflexes sont peu accusés. Le tonus est normal. Quand on exerce une pression sur le globe, on sent celui-ci rouler dans la capsule de Tenon, on provoque ainsi un peu de douleur rétro-oculaire.

A l'examen ophtalmoscopique, on ne constate pas d'altérations spéciales ; des deux côtés, staphylomes myopiques.

De l'œil droit, le malade compte facilement les doigts à 2 m. 50. Le champ visuel examiné sommairement avec deux lumières paraît normal.

Il existe une dyschromatopsie aussi bien avec les deux yeux qu'avec l'œil malade seul ; le vert paraît gris, le groseille marron et le violet noir. Le jaune, le rouge, le marron et le bleu sont reconnus assez bien.

Pas d'écoulement d'oreille. T. = 39° 4.

Le lendemain de son entrée, l'œil gauche commence à faire saillie et on voit apparaître dans le cul-de-sac conjonctival un chémosis séreux.

L'examen du fond d'œil est rendu difficile par un dépoli des cornées résultant d'un défaut de protection par les paupières

qui n'arrivent plus maintenant à se rejoindre ; on constate néanmoins une stase veineuse de la rétine.

Le surlendemain, l'abattement augmente ; parésie et hémiplegie gauche à la suite.

Le liquide séro-sanguinolent retiré du chémosis est examiné et ne présente pas de microbes.

Mort trois jours après l'entrée.

Autopsie. — Le cœur, les poumons, le foie, les reins ne présentent aucune altération.

A l'ouverture du crâne, on trouve une congestion considérable des méninges, plus marquée sur l'hémisphère cérébral gauche ; à droite, il existe du pus en nappe sur la face inférieure du lobe sphénoïdal.

Les veines et les tissus correspondant à cette partie du cerveau sont remplis d'un caillot purulent ainsi que le sinus coronaire et les sinus caverneux.

Le pus entoure le corps pituitaire lui-même et occupe l'espace compris entre la dure-mère et la selle turcique.

Le tissu osseux de la grande aile du sphénoïde du côté droit, de la selle turcique et de la partie antérieure de l'apophyse basilaire est grisâtre, dénudé, érodé.

Après avoir enlevé les voûtes orbitaires, on constate des deux côtés que les veines ophtalmiques sont remplies d'un caillot purulent.

Le tissu cellulaire de l'orbite est infiltré de pus.

Sur des coupes de la base du crâne, on voit le corps du sphénoïde friable, grisâtre, la partie correspondant à l'oreille étant saine.

OBSERVATION VI

(Saint Clair Thomson, *Brit. méd. Jour.* 29 sept. 1916)

Sinusite sphénoïdale infection streptococcique — Thrombose purulente du sinus caverneux et des autres sinus craniens. Exophtalmie chémosis du à un abcès rétrooculaire — Mort. — Durée 33 j.

Jeune fille de seize ans ; se plaint de céphalées occipitales depuis le 21 février 1915, le jour suivant se plaint de mal au cœur, léger œdème des paupières.

Le 13 février les globes oculaires sont proéminents, il y a du chémosis de la conjonctive droite, vue normale, les pupilles sont inégales et petites ; les deux paupières supérieures sont tendues, décolorées et œdémateuses, sensibilité à la pression de l'angle supéro-interne de l'orbite droit, température 102° à 105° F ; pendant cinq jours consécutifs la température se maintient à 105° F ; pendant que le pouls bat entre 90 et 116, raideur de la nuque et douleurs lombaires, O. D. G. névrite optique.

Examen rhinologique. — Pus du côté droit en arrière dans le méat moyen, du côté gauche profondément dans le méat moyen, lavage à la seringue deux fois par jour du côté gauche ; on laisse le sphénoïde intact. Pas d'amélioration. Chémosis et exophtalmie plus marquée. Il se développe une paralysie de la VI^e paire O. G. et une parésie des muscles O. D.

3 mars, incision de la conjonctive ; on évacue du pus derrière le globe oculaire de chaque côté, il contient du streptocoque et du staphylocoque ; sérum antistreptococcique, injecté sans résultat, la cornée commence à s'ulcérer, mort le 10 mars.

Autopsie. — Pus dans les sinus du crâne, dans les sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux.

OBSERVATION VII

(Wissmann)

Thrombophlébite du sinus caverneux

Femme de trente ans, a de l'influenza depuis trente jours, exophtalmie O. G., température élevée, à gauche forte tuméfaction des paupières supérieures et inférieures, protrusion du globe oculaire qui est difficilement mobile, quelque peu déplacé en bas, papillites V perçoit les mouvements des mains, l'œil devient pâle, température 40°9, on soupçonne une sinusite, on ouvre le sinus maxillaire et frontal sans rencontrer de pus. L'exophtalmie augmente, large incision sur le bord orbitaire inférieur, dénudation du périoste dans la profondeur de l'orbite, dans le voisinage des cellules ethmoïdales ils sort du pus fétide.. Mort.

Autopsie. — Suppuration des cellules ethmoïdales postérieures et sphénoïdales, thrombose purulente des sinus.

CHAPITRE V

NÉVRITE OPTIQUE

La névrite optique est un des symptômes les plus fréquents de la sinusite sphénoïdale, cette origine est depuis longtemps connue.

En 1810, Lévêque La Source dans le *Journal de Médecine* rapporte l'observation d'un malade dont l'autopsie permit de rapporter l'amaurose à une sinusite sphénoïdale.

Tous les auteurs admettent trois modes de propagation de l'infection, soit par l'ostéite des parois du sinus, soit par l'intermédiaire des déhiscences si fréquemment citées, soit enfin par l'étranglement du nerf optique dans son trajet intracaniculaire par l'œdème de ses gaines.

Depuis que Berger a exposé cette théorie mécanique pour expliquer les cas d'amaurose rapide les discussions continuent sur ce point sans que rien dans l'examen clinique, ophtalmoscopique, ni même dans l'évolution dans les cas heureux ne puisse expliquer quel est le mécanisme qui est en jeu... peut-être les auteurs qui commencent à ouvrir systématiquement les sinus dans les cas où l'étiologie leur

échappe solutionneront-ils un jour cette question.

Ce qui caractérise ces névrites, c'est le *début généralement brusque* et la *marche rapide* ; on peut les grouper sous deux chefs : névrite avec stase et névrite rétrobulbaire.

Nous étudierons ensuite la localisation au chiasma

A. — Névrite avec stase

La névrite avec stase lorsqu'elle est *unilatérale* est une particularité clinique de la plus haute importance sur laquelle le professeur de Lapersonne avait insisté depuis longtemps (Congrès d'Utrecht) pour le diagnostic précoce des névrites par sinusite sphénoïdale et que de nombreuses observations sont venues depuis confirmer.

OBSERVATION IX

(De Lapersonne ; *Arch. d'opht.*, 1899. Congrès. d'Utrecht.)

Sinusite sphénoïdale, stase papillaire unilatérale

Le nommé H. E..., cinquante-un ans, se présente le 3 mai 1899 avec un œdème papillaire du côté gauche des mieux caractérisé sans lésion aucune du côté droit. La vision du côté gauche n'est cependant pas très mauvaise puisque $V. = 1/2 + 1, 25 D$, tandis qu'à droite $V. = 2/3$. Mais le malade se plaint de quelques douleurs de tête du même côté et surtout il ne voit rien en dehors. En effet, nous constatons un rétrécissement très marqué du champ visuel en bas et en dehors. Dans tout le quart inféro-externe, le champ visuel ne s'étend pas à plus de 10 degrés. Cet

homme est bien portant et ne présente aucune manifestation syphilitique ou tuberculeuse. Aucun symptôme de tumeur cérébrale. Rien dans les urines.

Il attribue son affection à une attaque d'influenza qu'il a eue, il y a trois mois, et qui paraît avoir été très légère. Cependant, il lui est resté un enclenchement plus accusé à gauche qu'à droite et il mouche une assez grande quantité de mucosités purulentes.

L'examen rhinoscopique, pratiqué par M. Gaudier, donne les résultats suivants : narine gauche plus large que la droite, cornet moyen plus volumineux. Plus concret à la partie postérieure du méat moyen très nettement en rapport avec l'ouverture du sinus sphénoïdal et le système des cellules ethmoïdales postérieures, ce qui se distingue facilement par la rhinoscopie postérieure.

La narine droite ne contient pas de pus, rien du côté du sinus maxillaire et du sinus frontal.

L'ouverture du sinus, par la méthode de Zuckerkandl a donné lieu à un abondant écoulement de pus et le traitement méthodique, dirigé de ce côté, a permis d'arrêter assez vite cette suppuration.

Malheureusement nous n'avons pas eu d'aussi bons résultats du côté du nerf optique. Malgré les révulsifs, les injections de pilocarpine, l'iodure et le mercure qui ont été essayés, la névrite avec stase a continué sa marche ; le rétrécissement du champ visuel ne s'est guère modifié, mais dans la partie voyante, l'acuité visuelle a progressivement baissé pendant que nous assistions impuissants à la décoloration et à l'atrophie papillaire.

OBSERVATION X

(Prof. de Lapersonne, *Arch. d'opht.*, 1899)

Sinusite sphénoïdale, stase papillaire unilatérale

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans qui se présente le 13 janvier 1899 pour un trouble considérable de la vue du côté gauche, puisqu'il distingue à peine les doigts à 50 centimètres. L'examen ophtalmoscopique ne révèle aucune lésion de l'œil droit dont l'acuité visuelle est normale, tandis qu'à gauche nous constatons tous les signes de la névrite optique avec stase : papille saillante de coloration grisâtre, vaisseaux enfouis dans l'œdème papillaire volumineux et tortueux en dehors de la papille : il existe un large scotome central et ce n'est que par la périphérie que le malade distingue péniblement les doigts.

Recherchant la cause de cette stase papillaire unilatérale, nous apprenons que le trouble de la vue s'est produit subitement en quelques heures, il y a une huitaine de jours. Il a été précédé de douleurs assez violentes dans la tête et dans le côté gauche de la face. Poursuivant notre interrogatoire, nous finissons par savoir que, depuis quelque temps, cet homme a fréquemment des saignements de nez par la narine gauche qui est aussi le siège d'un écoulement muco-purulent. Un examen rhinoscopique superficiel nous fait reconnaître des masses fongueuses de ce côté.

Nous adressons le malade à notre collègue Gaudier qui reconnaît que le méat moyen de ce malade est rempli de fongosités saignant au moindre contact, principalement dans le tiers postérieur.

Les sinus frontal et maxillaire ne sont pas obscurs. Ces fon-

gosités sont curetées et tamponnées à plusieurs reprises donnant lieu chaque fois à une abondante hémorragie.

Le méat moyen bien débarrassé, on constate nettement que l'hémorragie et quel'écoulement muco-purulent sanieux viennent de l'orifice du su-sinus sphénoïdal du côté gauche dans la partie la plus reculée du méat moyen. D'autre part, l'examen rhinoscopique a fait reconnaître que les masses fongueuses enlevées à la curette étaient composées par du sarcome à cellules rondes.

Le sarcome avait brusquement oblitéré l'ostium sphénoïdal amenant la rétention sinusienne et le retentissement sur le nerf optique.

La lésion a évolué lentement vers l'atrophie et l'œil droit conserve sa vision parfaite.

OBSERVATION XI

(Cunningham, *Zeitschr. f. Augenh.* Bd. XVII, 1907.)

Sinusite sphénoïdale. — Stase papillaire unilatérale

Tailleur de cinquante ans, vue trouble depuis deux ans; la vue baisse d'une façon rapide depuis six semaines, en même temps qu'il constate un écoulement fétide purulent du côté gauche, douleurs frontales gauche et somnolences. O. G. légèrement enflammé.

Depuis trois mois (octobre) diplopie, suivie d'un écoulement nasal gauche avec douleurs frontales gauche, ces symptômes durent quelques semaines. Un mois après, on constate une légère procidence de l'O. G., pas de chémosis, pas de conjonctivite notable. V. O. D. G. : 6/9. Diplopie marquée et croisée qui disparaît sous un angle de 4°, en même temps légère parésie du muscle droit externe G. A part une papillite à gauche le fond des yeux est normal, le champ visuel des deux côtés est rétréci pour

le blanc, plus pour le rouge surtout à gauche, pas de scotome central.

La rhinoscopie antérieure présente du pus dans la cavité nasale gauche qui est obstruée partiellement par des polypes ; les polypes sont enlevés, en sonde le sinus sphénoïdal sans difficulté, on trouve du pus et l'on pratique une légère ouverture.

Trois semaines après la diplopie disparaît, les céphalées sont moins fréquentes et moins intenses, cette amélioration se produit dès l'ouverture du sinus. La sécrétion diminue et l'O. G. est moins procident, la mobilité reparait dans toutes les directions. Au fond de l'œil le bord temporal de la papille est net, la moitié papillaire est un peu plus pâle, veines normales, artères un peu plus petites. V. O. D. G. : 6/9, les pupilles réagissent bien à la lumière.

Le 3 janvier 1907, nouveau lavage donne du pus épais et des croûtes, grande amélioration, à l'œil droit la vision est revenue ; dans le quadrant inférieur, il y avait en outre un scotome annulaire typique à gauche et un petit scotome central pour le vert.

Le 27 juin le malade voit mieux, pas de céphalée, le champ visuel montre que le scotome central a disparu à gauche mais les champs visuels quoique améliorés présentent toujours les mêmes caractères.

OBSERVATION XII

(Paunz, *Arch. f. Augn.*, 1905.)

Stase papillaire et sinusite sphénoïdale

Jeune fille de vingt-cinq ans, souffre depuis quelques jours de son œil droit dont l'acuité visuelle baisse brusquement, céphalée et douleurs irradiant vers la racine du nez. V. O. D. : 5/50, O. G. : 5/5. O. D. présente de la douleur à la pression, papille

rouge tuméfiée, limites confondues, veines dilatées sinueuses, artères rétrécies, dans le quadrant externe, traînées sanguines plus marquées. Les limites du champ visuel sont normales, à droite il existe un scotome paracentral presque circulaire, seul le secteur inférieur était libre, le scotome était absolu dans la partie supérieure du quadrant visuel supéro-interne, pour le reste relatif ; scotome pour le rouge et le vert.

Examen rhinologique montre une très légère sécrétion dans les narines et une légère sensibilité de la lame papyracée droite. On pose le diagnostic de sinusite sphénoïdale ou ethmoïdale, que confirme l'opération.

Après l'ouverture des cellules ethmoïdales supérieures il s'échappe du pus épais jaune verdâtre, après son évacuation on constate une cavité d'une dimension d'une noisette, revêtue d'une muqueuse épaisse et polypeuse.

Trois jours après l'intervention l'acuité s'était relevée à 5/30, cinq mois après à 5/10.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Stase papillaire, sinusite sphénoïdale

G. A... Elève à l'école normale, vingt ans, souffre des yeux depuis l'âge de neuf ans, a été réformé pour faiblesse générale, il y a deux ans avait encore une adénite cervicale qu'il traînait depuis de longues années.

A l'âge de neuf ans avait eu vraisemblablement une kératite avec grosse ulcération de l'œil gauche, l'affection avait duré un an sans laisser de trace.

A quinze ans, atteint de l'œil gauche d'une affection analogue les ulcérations avaient mis deux ans à se cicatriser, depuis le malade n'avait jamais bien vu de cet œil.

Il y a trois mois, le malade revenait d'Arcachon, avait une nouvelle poussée du côté de son œil droit actuellement en évolution.

Etat actuel. — O. D. : Gros boutons ressemblant à de l'épiscérîte avec tendance à l'ulcération vers 11 heures, hyperémie conjonctivale et injection périkeratique, surtout marquée autour de l'ulcération. La partie supérieure de la cornée est couverte de taies anciennes attestant les affections cornéennes antérieures. Vaste colobome de la partie supérieure de l'iris (le malade dit n'avoir jamais été opéré) iris verdâtre décoloré avec exsudats pupillaires, fond d'œil à peu près inéclairable, pression du globe un peu douloureuse. T. : 12. V. O. D. : 1/50.

Il y a huit jours, le 26 janvier 1919, violentes douleurs rétro-oculaires ou orbitaires du même côté, hémicranie constante avec exacerbations, ni le chloral, ni l'antipyrine ne lui permettent de dormir. A ce moment sa vue baisse complètement en quarante-huit heures.

Membranes externes normales, chambre antérieure profonde, iris un peu dilaté, réaction pupillaire paresseuse, milieu transparent. Le champ visuel paraît un peu rétréci sur sa partie externe ?
Vision quantitative.

Macula normale, papille à bords flous semblant très congestionnée, un peu surélevée, vaisseaux tortueux. T. normale au tonomètre.

3 février 1919. — O. D. amélioration locale.

O. G. saillie papillaire plus nette se mesure par un verre de 1 dioptrie.

Le malade se plaint de violentes douleurs de tête et a une légère ébauche de Kernig. La ponction lombaire donne 22 à l'appareil de Claude. Le liquide coule facilement et sans jet, il

contient un peu d'albumine. Le Wassermann est négatif dans le liquide céphalorachidien.

L'examen général ne donne rien de particulier.

L'examen rhinoscopique montre un peu de laryngite mais rien du côté du sinus.

18 février. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Revu en février par le professeur Duverger il présentait une paralysie de la III^e paire et se plaignait d'une céphalée occipitale intense. Le professeur Duverger pensa à une sinusite sphénoïdale que confirma la radiographie.

L'opération est aussitôt pratiquée par voie nasale ; évacuation d'une volumineuse collection sphénoïdale, cessation rapide des maux de tête et de la paralysie de la III^e paire.

Actuellement O. G. V. : 0, papille en voie d'atrophie.

O. D. segmentite antérieure, lésions limbiques et iritis continuant à évoluer, vraisemblablement d'origine bacillaire.

OBSERVATION XIV

(Heuser et Hareu, *Munch. méd. Woch.*, 26 février 1918).

Névrite optique. — Sinusite sphénoïdale. — Examen général négatif

2 février 1917. — Homme de vingt et un ans constate une brusque disparition de la vision de l'œil droit, toujours bien portant auparavant, examen général, rien de particulier, pas de fièvre.

O. D. fond d'œil, névrite très marquée avec stase, avec congestion intense, limites de la papille disparues, veines tortueuses et hyperhémies, acuité : compte les doigts un mètre.

O. G. normal V. = I.

3 février. — Examen rhinologique, des deux côtés aucun écou-

lement de pus même dans le rhinopharynx ; à l'éclairage, tous les sinus clairs.

6 février 1917. — Augmentation de la névrite à droite, scotome central pour le blanc et les couleurs.

7 février 1917. — Fond d'œil gauche présente également une névrite, compte les doigts 3 mètres.

8 février 1917. — Nouvel examen rhinologique qui ne donne aucun résultat en ce qui concerne une affection du sinus, la radiographie est négative, thérapeutique, transpiration, aspirine, un gramme en trois fois par jour.

10 février 1917. — Examen général négatif, Wassermann négatif.

11 février. — Les deux sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux sont ouverts, on constate quelques gouttes de pus dans les cellules ethmoïdales postérieures gauche et le sphénoïde gauche, ponction du sinus axillaire droit, négatif ; à gauche un peu de liquide séreux.

13 février 1917. — Examen oculaire, pupille droite immobile amaurose O. G. compte les doigts 1.00.

16 février 1917. — Par aspiration on évacue des deux régions ethmoïdales du pus abondant. Traitement : bain de lumière.

17 février 1917. — Examen oculaire, la stase papillaire a presque complètement disparu, les limites de la papille ne sont pas encore nettes O. D. — V compte les doigts à 1 mètre. O. G. devant l'œil.

24 février 1917. — Accuité visuelle à droite, compte les doigts 2.00 ; le champ visuel présente un scotôme relatif pour le rouge et le vert.

O. G., les mouvements digitaux sont perçus, le fond d'œil présente des limites papillaires normales et nettes, papille un peu

pâle, veines encore dilatées et tortueuses, aspiration quotidienne et évacuation de quantité considérable de pus des deux cavités nasales.

28 février 1917. — V. O. D. = 5/24. O. G., perception du mouvement de la main.

5 mars 1917. — V. O. D. = 5/12. O. G., mouvements de la main.

8 mars 1917. — Par l'aspiration on évacue du pus abondant de l'ethmoïde postérieur.

18 avril 1917. — O. D. — 5/6 plus de scotomes centraux V. O. G. — 5/18 le champ visuel présente un scotome absolu pour le vert et le rouge.

20 mai 1917. — Par l'aspiration on n'évacue plus de pus.

31 mai 1917. — V = 1, champ visuel normal, V. O. G. — 5/6, il subsiste un scotome relatif pour le vert et le rouge, le fond d'œil présente des papilles pâles du côté temporal, nettement délimité, vaisseaux normaux.

6 juin 1917. — Le malade est évacué complètement guéri.

Nous venons de voir à quelles difficultés se heurte le diagnostic des sinusites sphénoïdales sans vouloir discuter la conduite de l'auteur (qui lui donne un si beau résultat) et qu'il n'est pas le seul à tenir (Vail Wallis) nous devons retenir de cette observation que dans les cas encore trop nombreux où nous assistons impuissants à l'évolution d'une névrite optique dont l'étiologie nous échappe, que l'exploration des sinus doit être entreprise d'une façon plus méthodique et sans vouloir tenir une conduite aussi radicale nous pensons que le cathétérisme du sinus sphé-

noïdal souvent négligé pourrait donner de précieuses indications.

B. — Névrite rétrobulbaire

Admis autrefois pour expliquer les cas d'amaurose inconnus ces observations de névrite rétrobulbaire par sinusite sont devenues tellement nombreuses que cette étiologie n'est plus discutable. Onodi en aurait observé plus de 150 cas. Il est difficile de se faire une idée de leur fréquence, Pfill aurait constaté les rapports entre les deux affections, 7 fois sur 37 cas de névrite rétrobulbaire; de Klein qui a examiné systématiquement tous les malades présentant des suppurations de l'ethmoïde et du sphénoïde aurait toujours trouvé les premiers signe d'une névrite rétro-bulbaire commençante.

Nous ne reviendrons pas sur le tableau classique de cette affection caractérisée surtout au début par l'absence de signes ophtalmoscopiques, et par des modifications du champ visuel central, mais il faut y ajouter leur *début brusque*, et la *marche rapide* déjà notée autrefois par Berger dans les névrites d'origine sinusienne.

L'origine *a frigore* admise par certains auteurs et récemment encore par Bruchner paraît la plus vraisemblable car dans les maladies dues au refroidissement, figurent le plus souvent, le rhume, le rhinite aiguë, la grippe qui par la rhinopharyngite qu'elle

détermine, est une des principales causes d'affections sinusiennes ou de réveil de sinusite latente.

Parmi les principaux symptômes associés, il faut noter la céphalée tenace, les douleurs rétro-oculaires latentes ou provoquées et enfin les modifications du champ visuel central sur lesquelles les auteurs sont loin d'être d'accord.

Nous ne citerons que les observations ou la vérification a pu être faite par la rhinoscopie, la radiographie ou l'intervention.

OBSERVATION XV

(*Van der Hèye*, 1911).

Névrite rétrobulbaire. — Agrandissement de la Tache aveugle.

Le malade envoyé par un rhinologiste avait depuis six semaines de violentes douleurs dans la tête et sur le bord inférieur de l'orbite, la pression du globe contre le toit de l'orbite est douloureuse, les mouvements du globe sont également douloureux.

En 1905, à l'examen du service militaire V = 5/5 O. D. G.

Dans ces derniers temps la vision avait baissé, dans le nez on trouvait du pus dont on ne pouvait trouver l'origine.

Le 10 mars, légère exophtalmie O. D. avec légère limitation des mouvements dans tous les sens, diplopie dans le regard latéral.

Le 18 mars tache aveugle O. G., normale, O. D. considérablement agrandie, pour le bleu, plus encore pour le vert et pour le rouge.

Le 22 et le 29 mars, le scotome s'agrandit encore, le scotome se développe alors O. D. de la même façon que O. G. ; aussitôt que l'agrandissement fut constaté, on fit une radiographie qui

montra que les sinus postérieurs du nez étaient plus obscurs du côté droit que du côté gauche, de sorte que l'on pouvait vraisemblablement conclure à une sinusite droite. V était le 18 mars de $1/2$ pour les deux yeux, diminuait jusqu'à $1/4$, le fond d'œil était normal O. D. G. Limite du champ visuel était diminuée pour les couleurs, le scotome central n'existait pas, le malade refusa l'intervention.

J'ai revu le malade en 1910, son acuité avait baissé, le pus sortait encore de son nez, il était inapte à tout travail. Maintenant le scotome central existait pour les couleurs O. D. G. et une double hémianopsie temporale se formait.

L'agrandissement rapide de la tache aveugle est une des particularités les plus curieuses de cette observation; l'évolution fait admettre une névrite ascendante arrivant jusqu'au chiasma.

OBSERVATION XVI

(Ven Der Høve)

Névrite rétrobulbaire. — Agrandissement de la tache aveugle

Le malade examiné le 14 octobre 1909 pour le service militaire avait alors V. O. G. D : $5/5$, champ visuel normal pour les couleurs, se plaint depuis le 10 janvier 1910 que son œil droit voit beaucoup moins bien, à l'examen on constate V. O. G. $1/4$, V. O. D. $1/10$ fond d'œil normal, la tache aveugle est très agrandie O. G. très peu O. D. Le sens chromatique est si mauvais que le champ visuel ne peut être pris pour les couleurs. O. D. G. partie temporale de la papille atrophiée, le patient n'a jamais souffert du nez, le rhinologiste Van Leent trouva une forte déviation de la cloison et beaucoup de pus dans les narines. La radio-

graphie montra le sinus sphénoïdal gauche plus obscur que le droit, le malade refusa toute intervention. L'accroissement de la tache aveugle est considérable, on trouve des deux côtés un scotome central pour les couleurs et le blanc bien que l'acuité aille en diminuant le malade refuse l'intervention.

Dans cette observation l'agrandissement de la tache aveugle l'examen rhinologique avait amené le diagnostic que confirmait la radiographie

L'existence d'un scotome central ou paracentral d'une zone ambliopique pour le rouge ou le vert autour des scotomes ainsi que diverses modifications du champ visuel que nous verrons dans les observations suivantes peuvent quelquefois aider au diagnostic.

Alors que, pour Birch Hirsfeld, il se forme d'abord un scotome central pour le rouge et pour le vert et que lui et Guttman considèrent ce symptôme comme précoce dans les suppurations et tumeurs des sinus postérieurs, pour Cohen et Reinking ils n'existerait qu'un scotome périphérique par rapport aux ambliopies par intoxication caractérisées par un scotome central. Pour Van der Hoeve et de Klein l'agrandissement de la tache aveugle pour les couleurs et plus tard pour le blanc et un symptôme patognomonique, c'est dans les infections des sinus postérieurs et non des antérieurs que l'on trouverait ce signe ; de Klein l'aurait noté 47 fois sur 52.

Mac Winnie l'aurait toujours trouvé dans les cas

où le diagnostic aurait été fait avant ou après l'opération.

Pour Van der Hoeve ce signe déciderait l'intervention. Ces symptômes communs à toutes les névrites rétrobulbaires non rien de pathognomonique et Van der Hoeve lui même qui a longuement étudié cette question a trouvé la tache aveugle agrandie chez 6 o/o des individus bien portants.

Pourtant de la lecture des nombreuses observations qui ont trait à ce sujet, nous pouvons retenir que c'est surtout *la marche rapide, l'agrandissement considérable* qui doivent attirer l'attention et pour Markreiter, l'agrandissement de la tache aveugle doit dépasser 6° dans le sens horizontal et 6° dans le sens vertical pour avoir une signification vraiment pathologique ; *l'unilatéralité* et le rétrécissement du champ visuel seraient en faveur de la névrite d'origine sinusienne.

OBSERVATION XVII

(Mac Whinnie, *New-York med. Journ.*, 1920)

Sinùsite sphénoïdale et scotome annulaire

M. G. W..., 42 ans, douleur frontale gauche dans la région du susorbitaire, douleurs de tête fréquentes accompagnées de sensation d'obstruction des narines, cet état durait depuis quinze ans, O. D. fond d'œil normal tandis que le gauche montrait un léger degré de congestion de la papille, champ visuel minutieux pour le rouge et le blanc fut pris, il montra un scotome annu-

laire dans la partie intermédiaire du champ visuel et un rétrécissement du champ visuel.

L'introduction d'une sonde dans le sinus sphénoïdal ne révéla pas de pus mais une douleur exagérée dans la tête, l'auteur examina immédiatement après le fond d'œil et y trouva de la congestion très marquée, l'opération conseillée fut refusée à son retour chez lui, la douleur dans la tête devint si intense qu'il dut garder le lit pendant deux jours avec une légère fièvre.

Le 5 juin, il consentit à l'intervention sous anesthésie locale. La paroi antérieure du sinus sphénoïdal étant enlevée la cavité fut trouvée remplie de granulations massives qui furent soigneusement enlevées, disparition complète de la céphalée en 24 heures sans qu'il y ait récive, et le champ visuel présente la disparition du scotome et est légèrement agrandi.

Le scotome annulaire que nous trouvons dans cette observation est quelquefois observé dans les sinusites, c'est un signe sur lequel Mac Whinnie et Cjessing ont attiré l'attention et qui peut avoir une signification lorsque l'on a éliminé : la rétinite pigmentaire, la choroïdite syphilitique, etc... et les autres affections où il est fréquemment observé.

G. — Localisation au chiasma

Si les modifications du champ visuel que nous venons de passer en revue ont une valeur relative, toute autre est celle de l'hémianopsie bi-temporale.

La localisation au chiasma qu'elle implique doit faire songer à la sinusite sphénoïdale, les rapports

anatomiques de la partie supérieure du sinus expliquent aisément cette propagation.

L'hémianopsie bi-temporale est une lésion assez rare en dehors des tumeurs de l'hypophyse pour retenir l'attention.

L'examen clinique, l'absence de signes d'acromégalie, la radiographie qui sera ici du plus haut intérêt, la ponction lombaire enfin permettront vite de fixer le diagnostic.

Nous avons trouvé dans la littérature dix observations d'hémianopsie bitemporale ; seule une observation de Murphy relate une hémianopsie temporale conservative et une sinusite sphénoïdale du même côté.

OBSERVATION XVIII

(*Korster in van der Hæve.*)

Malade de trent-huit ans, depuis mai 1909, et soigné pour atrophie optique O. G., et début atrophie O. D., s'abstient de tabac, d'alcool et prend I. K., réf. émmétrope. O. D. G., pupille pâle côté temporal, les vaisseaux sont peu modifiés, le champ visuel montre une hémianopsie bitemporale. Les parties nasales du champ visuel n'étaient pas normales non plus... Pas de scotome central, pas de signes de tumeur cérébrale. On ouvre les sinus des deux côtés et on trouve la tuméfaction des muqueuses.

29 juin. — V. O. G. : 1/6 : V. O. D. : 4/4, on prescrit du protiodure.

11 octobre. — V. O. G. : 4/8 : V. O. D. : 4/4, mais le champ visuel du côté temporal est presque entièrement libre.

OBSERVATION XIX

(Wallis, *Journal of laryngologie*, XXVI, 1911.)

Hémianopsie bitemporale, sinusite sphénoïdale.

M^{me} F. K., sinusite sphénoïdale bilatérale aiguë, à droite et à gauche pas de perception lumineuse. O. D. thrombose de l'artère centrale, O. G. neurorétinite hémorragique. Guérison O. D. : 6/9, O. G. 6/12. O. D. était devenu rapidement aveugle, la vision temporale étant affectée la première, le fond d'œil présentait une thrombose de l'artère centrale avec légère circulation collatérale, une attaque similaire se produisit bientôt O. G., mais le fond d'œil demeura normal pendant dix jours, lorsqu'une neuro-rétinite hémorragique intense se déclara et rendit les yeux aveugles pendant deux ou trois semaines ; l'O. D. commença le premier à rebaisser.

Champ visuel. — Trois semaines après le début la vision s'est améliorée de moitié dans les champs temporaux, hémianopsie bitemporale.

Huit semaines après le début rétrécissement du bitemporal pour le blanc de 40 degrés, ailleurs seulement de 20 degrés, les artères sont mieux remplies à droite et la névrite disparaît à gauche. V. O. D. 6/60 : O. G. 1/60.

Quatre mois après le début rétrécissement bitemporal de 12 degrés V. O. D. 6/12 : O. G. 6/36.

Un an après le début (avec un index de 5 m/m) rétrécissement bi-temporal de 20 à 30 degrés pour le blanc, ailleurs de 5 degrés, rétrécissement bi-temporal pour le rouge de 30 à 40 degrés, ailleurs de 10 à 20 degrés, pour le vert hémianopsie complètement ; ailleurs rétrécissement très marqué. V. O. D. 6/9 : O. G. 6/12. Légère atrophie postnévritique bilatérale, la circulation est rétablie dans l'artère centrale droite de la rétine.

Traitement. — Pendant les stades inflammatoires frictions mercurielles et diaphorèse. Pendant le premier stade de l'affection le bon état de la malade, ses règles normales, l'absence de modifications de la face, des pieds et des mains firent éliminer les tumeurs de l'hypophyse ; à part les symptômes oculaires, on ne trouva rien du côté du système nerveux, ce qui excluait également les tumeurs intra-crâniennes ; on ne put découvrir l'explication de ces symptômes.

Étant donné qu'il n'y avait rien eu du côté du nez on ne pensa pas à l'existence d'une sinusite sphénoïdale.

Examen rhinoscopique. — Congestion des deux cornets inférieurs sans pus, rhinoscopie postérieure, pus sur les deux cornets moyens et sur la paroi pharyngienne. Transillumination des sinus frontaux et de l'antre Hygmore ; la radiographie révéla l'existence d'une très grande sinusite sphénoïdale.

OBSERVATION XX (résumé)

Hémianopsie bitemporale sinusite sphénoïdale

Un homme tombe malade après un refroidissement avec violents maux de tête et rhume de cerveau, il remarque après trois semaines de mal de tête une diminution de la vision de l'OD, le mal de tête disparaît pendant trois semaines laissant seulement une sensation de pression dans la tête.

Cinq semaines environ après le début de la maladie le malade remarque que la partie temporale du champ visuel droite est aveugle et court chez son médecin.

Dans le développement ultérieur de l'hémianopsie quatre stades sans limites bien nettes peuvent être observés :

1^e Hémianopsie temporale complète à droite et diminution de

a vision jusqu'à 5/15. à gauche hémianopsie temporale avec acuité visuelle centrale normale, durée de ce stade quinze jours.

2° Pendant que les autres symptômes restent les mêmes le trouble atteint la partie nasale du champ visuel droit, il y apparaît une diminution de sensibilité pour les couleurs. Durée de ce stade un mois environ.

3° A droite le champ visuel se reconstitue et l'acuité améliorée jusqu'à 6/8. A gauche l'hémianopsie temporale commence à disparaître de bas en haut, les objets sont plus clairs dans la partie inférieure que dans la partie supérieure du champ visuel temporal. (On peut se faire une idée de l'ordre dans lequel les différentes parties du champ visuel fonctionnent à nouveau en se représentant devant la demi partie temporale du champ visuel, un éventail en forme de demi cercle qui s'ouvre de bas en haut. Durée de stade un mois environ.

4° A droite diminution d'acuité visuelle V. 5/10, l'hémianopsie temporale complète persiste, à gauche l'état change à nouveau, le quadrant incomplet d'ambliopie se transforme en hémiambliopie tandis que la vision dans la partie supérieure est plus diminuée que dans la partie inférieure ; en même temps, apparition dans ce quadrant supérieur plus atteint, d'un scotome qui siège au dessus du point de fixation temporal et est éloigné de ce point de 10 degrés, le scotome s'étend dans toutes les directions jusqu'à la périphérie. Au dernier examen, le quadrant temporal supérieur est aveugle tandis que la vue est seulement diminuée dans le quadrant inférieur.

Avec l'appareil de Hers, on démontre l'immobilité hémianopique et la diminution du réflexe pupillaire à la lumière dans la partie aveugle de l'œil droit et ensuite de l'œil gauche.

Pour déterminer la cause de la maladie on radiographie sans résultat. Réaction de Wassermann faiblement positive, l'examen

rhinoscopique fait découvrir un empyème des cellules ethmoïdales postérieures et sphénoïdales. Pendant l'opération écoulement de beaucoup de pus, les maux de tête disparaissent complètement, l'état des yeux est le même qu'au dernier examen.

CHAPITRE VI

TROUBLES MOTEURS

A. — Paralyisie du moteur oculaire commun

Les paralysies du moteur oculaire commun sont relativement rares si nous éliminons les cas graves comme la thrombophlébite des sinus caverneux, dont il n'est qu'un symptôme.

Les rapports intimes entre la III^e paire et la paroi latérale du sphénoïde avec son passage dans l'anneau de Zinn, la minceur extrême de cette paroi expliquent facilement la propagation à la gaine du nerf.

La première observation est celle de Schech rapportée par Sieur et Jacob qui a vu se produire une paralysie de la III^e paire en enlevant un polype qui nécessita l'ouverture du sinus sphénoïdal. Puis viennent les observations plus probantes de Lapersonne, Hoffmann, Stanculeanu.

OBSERVATION XXI

(De Lapersonne, *Arch. d'Oph.*, 1898.)

Chez une femme de vingt-deux ans, une sinusite maxillaire à marche aiguë s'accompagne de douleurs de tête violentes, du gonflement de la joue, de la paupière et même d'un léger degré d'exophtalmie, puis les phénomènes s'amendent, mais nous constatons de la diplopie et tous les signes d'une paralysie totale du moteur oculaire commun qui a d'ailleurs été passagère.

L'examen rhinoscopique postérieur montre une nappe de pus dans la partie la plus reculée du méat. Ceci démontrait la coexistence d'une sinusite sphénoïdale et dès lors il était facile de comprendre la lésion du moteur commun.

OBSERVATION XXII

(Groenbech, Soc. Dan. Oto. Laryng., 1903.)

Un homme de cinquante ans atteint d'exophtalmie et d'amaurose complète de plusieurs nerfs moteurs de l'œil gauche. Ophtalmoscopie négative, aucun trouble subjectif du côté du nez.

A l'examen dans le côté gauche du nez, des polypes muqueux et une carie partielle du cornet inférieur, on a constaté du pus venant de l'ethmoïde. On nettoie l'ethmoïde et le sinus sphénoïdal. A la suite de cette intervention l'exophtalmie et la parésie des muscles ont disparu, mais l'amaurose persiste. Il reste encore à ouvrir une sinusite maxillaire.

OBSERVATION XXIII (Résumée).

(Gallavardin, Genet et Sargnon, *Clinique ophtalmologique*,
1913.)

*Coryza aigu grippal, inhalation accidentelle prolongée de
vapeur de formol, sinusite ethmoïdo-sphénoïdale gauche,
paralysie très passagère du moteur oculaire externe
gauche, paralysie prolongée et totale du moteur oculaire
commun gauche, insuccès du traitement spécifique, gué-
rison progressive et complète.*

29 avril 1917, coryza aigu grippal, douleur orbitaire intense, écoulement purulent à droite, sensation de tension péri-oculaire bilatérale. Parfois la température monte à 38, longs frissons le soir, pas de nausée, pas de vomissement, pas de maux de tête.

Actuellement il mouche sâle du côté gauche depuis plusieurs jours, depuis dix jours paralysie totale du moteur oculaire commun. Ptosis, paralysie droit supérieur, droit interne, droit inférieur, paralysie de l'accommodation, pupille dilatée.

La paralysie du moteur oculaire commun a été précédée d'une paralysie transitoire du moteur oculaire externe du même côté, pas de trouble des milieux, fond d'œil normal. Cette paralysie est survenue trente-six heures après avoir désinfecté d'une façon prolongée une pièce avec des vapeurs de formol, vapeurs que le malade a supporté pendant une heure et demie et qui lui ont amené une congestion intense du nez et des yeux.

15 mai, sinus maxillaire peu clair, sinus frontaux, légère douleur à la pression de la région fronto-ethmoïdale gauche surtout en haut, pas de douleur à la pression de la face antérieure du

sinus frontal, les deux sinus frontaux s'éclairent également bien.

Nez : écoulement nasal bilatéral avec mucopus très net en arrière et à gauche, gros cornet congestif des deux côtés. A noter que ce malade a eu il y a quatre ans, pendant trois semaines, des névralgies très fortes sous-occipitales, consécutives à un coryza aigu grippal. Il a eu une sinusite à ce moment.

Depuis plusieurs jours le malade a subi sans résultat des piqûres quotidiennes de bi-iodure et pris trois grammes d'iodure de potassium par jour. Nous pensons à une paralysie compliquant la sinusite plutôt qu'à la spécificité ; cependant nous continuons le traitement intensif par des piqûres, de l'iodure et faisons désinfecter le nez par des inhalations répétées d'alcool mentholé.

La radiographie en position latérale montre très nettement l'opacité de la région ethmoïdosphénoïdale gauche.

3 juin 1911. — Le matin des inhalations amènent des flots de pus ; actuellement le malade mouche beaucoup moins. L'examen montre cependant d'une façon très nette du pus et du mucopus nasopharyngé et nasal postérieur. Le traitement spécifique est continué régulièrement.

La paralysie du moteur oculaire commun persiste totale, cependant la paupière gauche est davantage mobile et le malade a des mouvements de l'œil en bas, mouvements probablement dus aux muscles obliques.

On élimine complètement la spécificité pour porter le diagnostic de paralysie du moteur oculaire commun, dû à un ethmoïdosphénoïdique gauche.

Pour faciliter l'écoulement du pus et la guérison possible de la paralysie, nous conseillons l'ablation du cornet moyen qui permettrait une surveillance plus directe du sinus et faciliterait l'écoulement du pus et en cas de besoin serait le premier temps d'une intervention par la voie naturelle, sur l'ethmoïde et le sphé-

noïde. Le malade préfère attendre et continuer les inhalationse
Les trois premiers jours avant son examen, le malade avait un.
température de 37°8, depuis elle n'a pas dépassé 37°5.

Le malade depuis le début de l'affection a présenté tous les
cinq ou six jours, l'expulsion d'un véritable moule purulent en
forme de sablier ; on rencontre encore de temps en temps ce
phénomène jusqu'en octobre. Les douleurs dans le vertex et
l'occiput, presque continues dans la phase aiguë, sont devenues
intermittentes, coïncidant avec l'humidité, le brouillard et le
décubitus horizontal.

Actuellement, 1913, cette douleur est encore ressentie de
temps en temps.

Voici quelle a été la marche de la paralysie oculaire :

Elle a été accompagnée au début de phénomènes paresthé-
siques non encore disparus au niveau de la peau du sillon naso-
génien, depuis la paupière jusqu'à la commissure buccale.

En juin 1911, on constate des mouvements du releveur.

En juillet l'accommodation revient, le malade peut lire.

En octobre il quitte ses verres.

Le malade a consulté le professeur de Lapersonne qui comme
nous a conclu à une paralysie certainement périphérique à cause
des phénomènes de paresthésie cutanée et une origine sinusienne.

Depuis l'amélioration est progressive et continue.

Actuellement les pupilles réagissent à la lumière et à l'accom-
modation.

La diplopie persiste seulement pour les mouvements extrêmes
en haut et en dehors.

Grombeck, *Mon. S. F. Ohren.*, 1904, rapporte un
cas de parésie du droit interne et du petit oblique.
L'examen du sinus sphénoïdal détermina un écou-

lement de liquide séro-sanguinolent, ce symptôme disparut après l'évacuation.

Nous n'avons trouvé que des observations peu probantes de paralysie transitoire du nerf pathétique.

B. — Paralysie du nerf moteur oculaire externe

Des observations de paralysie du moteur oculaire externe, la plus probante est toujours celle de Panas (1890).

OBSERVATION XXIV

Malade âgé de 25 ans, rien dans ses antécédents, pas de syphilis, présente tous les signes de paralysie du droit externe droit, l'œil est en strabisme interne et ne peut être ramené par l'effort du malade qu'au niveau de la ligne médiale de l'orbite. La paralysie est donc totale. Elle pourrait être jugée incomplète si la pupille dépassait la ligne médiane, car le système des obliques qui est abducteur ne parvient pas à lui faire dépasser cette limite. Si l'œil ne pouvait se mouvoir jusqu'à la ligne médiane, c'est qu'il y aurait rétraction du droit interne antagoniste.

La maladie ne date que de trois semaines. Elle a été précédée de symptômes particuliers. La malade a eu, il y a deux mois, une éruption de zona thoracique du côté gauche.

Depuis, il a eu des crises de céphalalgie très intenses qui tendaient à se localiser à la partie droite et postérieure de la tête. Enfin, il présente une anesthésie de la face limitée à la partie droite. Elle se trouve sur les parties innervées par le trijumeau, de ce côté l'anesthésie a débuté par la moitié droite de la lèvre

inférieure, les gencives et les dents de ce côté ; le malade croit briser en deux le verre qu'il porte à sa bouche. La partie supérieure de la face est moins atteinte : le front et la paupière supérieure sentent légèrement.

Enfin la moitié droite du voile du palais et de la langue est anesthésiée. Le pharynx a conservé sa sensibilité.

Les trois branches du trijumeau sont atteintes à des degrés divers : la sensibilité est abolie, au point de vue du tact, de la douleur, de la chaleur et du froid.

Signalons enfin l'anosmie complète de la narine droite seule puis de la surdité de l'oreille gauche. Les autres nerfs craniens sont intacts. La troisième paire possède toutes ses fonctions irienne et accomodative.

Nous sommes donc en présence de lésions localisées, indépendantes des noyaux centraux ainsi que le prouve la non-participation des branches de l'oculo-moteur commun. La coexistence de la paralysie de la sixième paire avec l'anesthésie de la cinquième nous ramène nécessairement à admettre que la lésion doit se trouver sur les côtés de la selle turcique, vers le somme du rocher.

Le malade est atteint d'ozène depuis des années. Il en a tous les signes, embarras de la respiration nasale, croûtes sanguinolentes, odeur fétide caractéristique.

En résumé, l'origine des accidents résulte d'une phlegmasie infectieuse de la base propagation.

La porte d'entrée est constituée par ses fosses nasales et particulièrement le sinus sphénoïdal droit dont la topographie, jointe à la minceur de ses parois osseuses, suffit à expliquer le siège de la lésion.

Depuis cette époque la paralysie du moteur oculaire externe n'a été citée que par Mahu, *in th. Stan-
culéanu*, par Richter, *Monat. f. Ohrenh.* 1903, Halt,
Monats. f. Ohrenh. 1906, Murphy, *Laryngos-
cope* : 1907.

CHAPITRE VII

TROUBLES SENSITIFS

(*Trijumeau*)

Beaucoup de sinusites sphénoïdales s'accompagnent de névralgies du trijumeau. L'ophtalmique peut être atteint au niveau du sinus caverneux. Le maxillaire supérieur peut être atteint soit dans son trajet intracranien, quand le sinus sphénoïdal envoie un prolongement latéral dans les grandes ailes et la base de l'apophyse ptérygoïde, soit dans le trou grand rond.

Rouge, en 1872 avait déjà publié un cas de névralgies sous-orbitaire mais l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une sinusite sphénoïdale et non d'une sinusite maxillaire comme il l'avait cru.

Bertemes, rapporte un cas de Schæfer où la névralgie céda au traitement de la sinusite.

Grunwald rapporte deux faits personnels avec complication du côté du ganglion de Meckel, avec douleurs intenses dans le fond de l'œil et les deux du côté correspondant et diminution de la sensibilité partant de la région sourcillière jusqu'à la lèvre du côté correspondant.

Dans tous ces cas le traitement promptement institué a rapidement amélioré le malade.

CHAPITRE VIII

TROUBLES FONCTIONNELS

Les nombreux troubles fonctionnels signalés par les auteurs sont plus rares dans la sinusite sphénoïdale que dans les autres sinusites. Nous passerons rapidement en revue l'Asthénopie accommodative, le larmolement et les modifications du champ visuel bien que ces symptômes sont communs à bien d'autres affections oculaires.

Asthénopie accommodative. — Pour Free-mann, l'asthénopie non corrigée par des verres relève toujours d'une ethmoïdosphénoïdite. Hoople prétend que l'altération du cornet moyen peut altérer la fonction du muscle ciliaire et du droit interne, aggravant ainsi les symptômes asthénopiques ; son interprétation est confirmée par Cunhingam qui dans un cas de sinusite sphénoïdale constate la diplopie par paralysie du droit interne ; il y avait de la papillite et de l'exophtalmie ; ces symptômes s'étaient déjà montrés deux mois auparavant, pendant deux semaines et disparurent après l'intervention.

Le malade de Ruault se plaignait de scotomes passagers.

L'inégalité pupillaire comme la mydriase ont été exceptionnellement notés en dehors des cas de paralysie oculaire.

La diplopie est souvent observée dans les cas de déplacement du globe et d'exophtalmie, tel le malade de Wurdemann qui présenta de la diplopie, de l'exophtalmie, une légère névrite optique, la température était de 40 degrés et la face vultueuse, un léger écoulement de pus par le nez attira l'attention ; comme la transillumination du sinus maxillaire fut négative on explora le sinus sphénoïdal, ce qui amena l'écoulement du pus et la disparition du symptôme.

Larmolement. — Le sinus sphénoïdal plus éloigné des voies lacrymales, son infection retentit très rarement sur celles-ci ; c'est surtout lorsqu'il y a infection du sinus ethmoïdal postérieur que l'on observe ce symptôme. Il peut être fréquemment mis sur le compte de l'hyperhémie conjonctivale.

Dans le cas rapporté par Hoffmann Richard, un abcès de l'orbite comprimait le sac lacrymal et dans celui de Wood (Ophtalmoscop. 1907) le muscle de Horner était touché.

Il semble que l'infection par continuité puisse expliquer ce phénomène, alors que du côté de l'ethmoïde dont la muqueuse est plus riche en terminaisons nerveuses, la voie réflexe semble plus vraisemblable.

Rétrécissement du champ visuel. — Le

rétrécissement du champ visuel paraît une chose excessivement rare en dehors des cas de névrite optique. Moreau dans sa thèse rapporte une observation très probante de sinusite sphénoïdale où sans trouble de la vision le malade présenta un rétrécissement concentrique du champ visuel avant et après l'intervention.

Il est vraisemblable qu'une infection très atténuée du nerf optique et difficile à déceler puisse expliquer ce phénomène.

Paralysie des mouvements d'association. —
Gleeg et Hay ont rapporté l'observation d'une malade atteinte de paralysie du mouvement d'association avec rétrécissement du champ visuel qui disparut après l'ouverture de sa sinusité sphénoïdale ; c'est un fait aussi rare que difficile à expliquer.

CONCLUSIONS

1° La disposition anatomique et les rapports des sinus sphénoïdaux expliquent bien le retentissement de leurs inflammations sur l'orbite et sur son contenu ;

2° Parmi les complications orbito-oculaires une place spéciale doit être faite aux cellulites phlébites et thrombophlébites dont la marche presque foudroyante peut masquer les signes ordinaires des sinusites ;

3° Les manifestations oculo-orbitaires portent :

a) Sur l'appareil sensoriel ;

b) Sur l'appareil sensitif ;

c) Sur l'appareil moteur ;

d) Ou se manifestent par des troubles fonctionnels ;

4° Du côté du nerf optique la névrite avec stase, surtout lorsqu'elle est unilatérale, est un signe de la plus haute importance sur lequel le Professeur de Lapersonne a insisté depuis si longtemps, ainsi que l'hémianopsie bi-temporale pour faire le diagnostic précoce des sinusites sphénoïdales et ethmoïdales postérieures dont les rapports anatomiques sont si prochains.

L'examen oculo-orbitaire est donc absolument indispensable pour faire le diagnostic de ces sinusites, ce qui démontre une fois de plus la nécessité d'associer les efforts du rhinologiste et de l'ophtalmologiste pour aider au diagnostic de ces affections, ce qui a été fait de tout temps à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel.* — Ozène, Presse médicale, 1896.
Andrews. — The Journ. of the Am. med. Assoc., août 1911.
Ayhane. — Th. Bordeaux, 1904.
Aubaret. — Arch. int. d'ot., 1904.
Axenfeld. — Méd. Klin., 1908.
— Klin. Monats blat fur augnheil, XVI, p. 506.
Batut. — Ann. des mal. de l'oreille, 1893.
Bell. — Kansas City Med. Index Lancet, 1909.
Baurowicz. — Arch. f. laryng, 1902.
Baumgarten. — Mon. Schrift f. chrenheil, 1910.
Berger. — Mal. du nez dans leurs rapports avec celle des yeux, 1892.
Berger et Tyrmann. — Mal. du sin. sphénoïdal. Wiesbaden, 1886.
Birch Hirschfeld. — Grafes Archiv., Bd LXV, H III.
— Zechendes Monatsblatt, Januar. 1908.
Borlay. — Zeitschrift fur laryng. rh., 1908.
Bruchner. — Wurburger Abhandl., 1911.
Cardwell (E.-W.). — Ann. Journal Ronentgenol, New-York, 1918.
Cargyl et Hett. — Am. Journal oph. Chicago, 1919.
Castex. — France médicale, avril 1881.
Coffin. — Laryngoscop Saint-Louis, 1916-17-18.
Cordes. — Trait. des aff. du sphénoïde.
Cohen et Reinking. — Betrage fur augnheil, LXXV, 1911.
Combet et Druoult. — Ann. des mal. de l'oreille, 1899.
Coppez. — Ann. d'ocl., 1899.
Curtis. — Chirurgie du s. sphén. (Soc. d'ot. rhin. amér., 1^{er} juin, 1904.
Davis. — Proc. Roy. Soc. Med. Londres, 1916. Sect. laryngol., 103.
De Neuville. — Presse oto-laryng. belge, 1906.
Denis et Vacher. — Bull. et Mémoires Soc. fr. oph., 1914.
Desourtaux. — Th. Bordeaux, 1903.
Dolger. — Munchen Med. Wochen., 1916, LXIII, 1548.
Duplay. — Arch. gén. médecine, 1874.

- Durand*. — Province médicale, 1899.
Dreyfuss. — Th. Iéna, 1899.
Dufau. — Troubles de la motilité oculaires dans les sinusites, Clinique oph. Paris, 1912.
Escat. — Empyème ethmoïdo-sphén. (Arch. de laryn., 1904).
Fauveau. — Th. Bordeaux, 1904.
Finlag. — Zeits. f. Ohrenh., 1904.
Fox (C.-A.). — Int. Surg. NY, 1917, XXX, 254.
Francis et Gibson. — Ophtalmie Record, déc. 1908.
Fuchs. — Tr. d'opht., 1905, p. 766.
Furet. — Rev. heb. de Bordeaux, 1901 (Sinusite sphén. chron.).
Gallemaerts. — Ann. d'ocul., 1900.
Jessing (G.). — Graefes arch. B. LXXX, Heft, I, 1912.
Glegg et Hay. — Arch. für laryng., XVII, p. 523.
Georges. — Th. Nancy, 1899.
Germann. — Congrès de Moscou, 1898.
Gording. — Importance de la radiographie dans le diagnostic des sinusites (Norsk. Mag. Laagevidensk, Christiania, 1916).
Gronbeck. — Monats. für Augenh., 1904, p. 286.
Gronholm. — Zeitschrift für Augenh., XXIV, 1910.
Grunwald. — Arch. f. laryng., 1902.
Guillemain et Terson. — Complie. orbito-ocul. des sinusites (Gaz. des hôp., 1892).
Guizes. — Ann. des mal. de l'oreille, 1902.
— Journal de radiologie, 1918-1919.
Hajesk. — Pathologie und therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Leipzig, 1915.
— Zeitschrift für Augenheilk., Bd XXIII.
Harlan. — Transaction am. oph. Soc., 1900.
Henrici et Haffner. — Munch. med. Woch., n° 49.
Hirshmann. — Int. Zentralblatt für laryng. Bd IV, p. 389.
Holmes. — Boston méd. Journal, 1903.
Jacques. — Gaz. des Hôp., 1899.
Jessop. — Trans. opht. Soc. of the U. K., 1903.
Kaplan. — Th. Paris, 1903.
Killian. — Arch. f. laryng., 1885.
Kleijn. — Arch. f. opht., LXXV, LXXIX.
Kleijn et Gerlach. — Arch. f. opht. Leipz., 1913, XXXIV.
Koffer. — Mon. Schrift f. Ohrenheilk., 1910.
Korstrin Van Der Hæve, 1C.
Knapp. — Zets. f. Ohrenh., 1894.
Laboure. — Th. Paris, 1904.
Lapersonne (de). — Arch. d'opht., 1895-1898-1899 (Soc. fr. d'oph., 1902, p. 60).
Lapersonne (de). — Leçon inédite, avril 1919.
Lancial. — Th. Paris, 1888.
Lermoyez. — Ann. des mal. d'oreilles, 1894.

- Luc.* — Suppuration de l'oreille.
Læb (H.-W.). — J. Am. M. Ass. Chicago, 1916, LXVII.
Magnan. — Fosses nasales et yeux (Ann. méd. chir. du centre, 1903).
Markheiter. — I. Zeitschr. f. Augenheil, t. XXXI, 1912.
Midler. — Brit. med. Journal. Déc. 1900.
Morax. — Soc. fr. oph., 1902, p. 95.
Moreau. — Th. Lyon, 1905.
Moritz (S.). — Brit. med. Journal. Janvier 1904.
Mouré. — Arch. laryng., 1904.
Murphy. — Laryngoscop., 1907.
Nissie. — Th. Fribourg, 1899.
Nuel. — Ann. d'ocul., 1899.
Onodi. — Arch. f. laryng., 1903.
 — Pathologie und therapie der Nasenkrankheiten. Wien., 1910.
 — Arch. f. Laryng., 1914.
Panas. — Bull. Soc. chir. de Paris, 1873. Sem. méd., 1885.
 Traité des mal. des yeux.
Pfeiffer. — Arch. fur laryng., t. XXII, 1910.
Paunz. — Knapps Arch. Bd, LXI, S. 369.
Pelloquin. — Th. Paris, 1903.
Pfahler (G.-E.). — Laryngoscop. St-Louis, 1916, XXVI.
Pfill. — Zeitschrift. f. Ohrenheil, LXIII, p. 3.
Place. — Long -Island, Méd. Journal Brooklyn, 1918.
Posey (W.-C.). — Journ. of the am. med. association. Septembre, 1905.
Quénu. — Carie du sphén. (Sem. méd., 1890).
Reber. — Ann. Opht. St-Louis, 1912.
Roe (J.-O.). — Trans. am. laryng. NY, 1912, XXXIV.
Richard. — Hoff. Handboch der speziellen chir. des ohres und der oberen Luftwege. Bd, III, p. 490.
Roland. — Mém. soc.; Fr. d'ot., 1899.
Rollet et Cadet. — Lyon méd., 1904.
Rouge. — Un. Méd., 1872.
Russel. — Méd. Times and Gaz., 1878.
Schech. — Graf, Archiv. Bd, LXXI, p. 466.
Schæffer. — Deut. Méd. Woch., 1892.
Scousbæ. — Société Danoise. O.-Rh.-Laryng. Février 1913.
Schræder. — Méd. Woch., 1895.
Schræder (H.). — Arch. of Otol. N.-York, 1907, XXVI, 277-291.
Sieur et Jacob. — Fosses nasales et leurs sinus.
 — Stase papillaire bilatérale consécutive à une sinusite sphénoïdale chronique (Gazette des Hôp., 1914, p. 331).
Skillen Pfaller. — Trans. am. Laryng. Octobre 1912.
Sluder. — Annal of odologie, 1913-1915.
Spiess et Pfeffer. — Arch. f. laryng., t. XXVII, 1910.
Stanculéanu. — Th. Paris, 1902.

- Stenger.* — Med. Woch., 1912, p. 840.
Stevens. — Ophthalmic record, 1909.
Terson. — Clin. ophtal. Paris, 1902, VIII.
Thomson. — The Brit. med. Journal, 1906.
Tiinen (R.-J.). — Journ. ophtalmology et oto-laryngol. Chicago, 1914.
Toubert. — Arch. gén. de méd., 1900.
Vail. — Am. Journ. oph. Février 1919.
Valters. — Old Dominion Journal of Médecine, 1912.
Van der Hoeve. — Agrandissement de la tache aveugle dans les sinusites (Arch. f. augenheilk, 1901, p. 101.
Wallis. — Journal of Laryng., 1911, mai-octobre.
Wertheim. — Rapport entre les névrites rétro-bulbaires et les cavités d'accessoires des fosses nasales. Arch. f. laryng. und rhy, XXVII, 1913, p. 162 à 179.
Whinnee. — Champs visuels dans les affections du sinus accessoires (New-York Journ. méd., 1910, p. 301).
White. — Annals of otology Rhin. and Laryngology. Sept. 1919, p. 806.
Wissmann. — Arch. f. opht., 1918, p. 275.
Wilson. — Laryngoscop. St-Louis, 1906, t. IHC.
Wiener. — New-York méd. Journal, 1913.
Wurdemann. — Ophthalmic record. Janvier 1905.
Zukerkland. — Anatomie Norm. et path. des cav. acc. du nez, 1893.
Ziem. — Arch. Int. d'ot., 1903.

